

死亡見舞金支給申請書

支部名		組合員証の 記号番号	
死亡 組合員氏名		死亡組合員 の生年月日 年 月 日 年 齢	明・大・昭 年 月 日 才
死亡の原因	(傷病名) 病 気 事 故 その他	死亡年月日	令和 年 月 日
申請者(※1)と 組合員の続柄		葬祭執行 年月日	令和 年 月 日
/		支給決定額	100,000円

上記のとおり死亡見舞金を申請します。

令和 年 月 日

申請者 住 所 _____
(※1)

氏 名 _____ (印)

静岡県歯科医師国民健康保険組合 様

申請者の金融機関口座へ振り込みますので、下欄にご記入ください。

振込先金融機関名	支店名	預金種別	口座番号	通帳名義人（申請者）氏名
銀行 農協 信用金庫	支店	普通預金 その他 ()		(フリガナ)

支部長確認欄	支 部	支部長氏名
		(印)

〈注 意〉

1. 申請者は死亡された組合員の世帯に属する遺族
(当該組合員の世帯に属する被保険者がいない
場合は、それ以外の遺族又は親族)
2. この申請書には、死亡診断書のコピー、又は埋
(火)葬許可書のコピーほか、被保険者等資格
喪失届と組合員証を添えてください。

理 事 長	常 務 理 事	事 務 長	係